

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Dipl. Reha. Päd. Thomas Landes

Gemeinschaftspraxis Th. Landes und KollegInnen

Schwarzenbergstraße 9, 79423 Heitersheim

Telefon 07634/551141

**Bitte füllen Sie diesen Fragebogen nach Absprache
vollständig aus und bringen Sie ihn zum Termin mit oder
senden ihn mir zu.**

Anamnesebogen

Ausgefüllt von:
am:

Angaben zum Kind/Jugendlichen

Vor- und Nachname des
Kindes/Jugendlichen:

Geburtsdatum:/...../..... Geschlecht: ☐ männl. ☐ weibl.

Anschrift:
.....

Wohnsituation/ -aufteilung/-lage?
.....
.....

Sorgeberechtigt:

☐ beide Elternteile ☐ nur Mutter ☐ nur Vater ☐ andere:
.....

Haus-/Kinderarzt (Name/
Anschrift):.....

.....

Krankenkasse/ ggf. Facharztvertrag:.....

Grund der Anmeldung/ aktuelle Probleme

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wer hat Sie geschickt? Eigeninitiative?

.....

Angaben zur Familie

Name der **Mutter**:

.....

Geburtsdatum:

Adresse (wenn abweichend von der des Kindes):

.....

.....

Telefonnummer:

Mobil:.....

Ausbildung/ Beruf:

.....

Derzeitige Tätigkeit:

.....

Name des **Vaters**:

.....

Geburtsdatum:

Adresse (wenn abweichend von der des Kindes):

.....

.....

Telefonnummer:Mobil:

Ausbildung/ Beruf:

.....

Derzeitige Tätigkeit:

.....

Geschwister/ Halb-/ Stiefgeschwister (Name, Geb. Datum):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Angaben zur Entwicklung und medizinischen Vorgeschichte

Schwangerschaft und Geburt

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

.....
.....

Die Geburt erfolgte ☐ rechtzeitig ☐ zu früh: in derWo.

☐ zu spät: in derWo.

☐ spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ sonstiges:

Gab es unter der Geburt Besonderheiten: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

.....
.....

Geburtsgewicht:Länge:Kopfumfang:
APGAR:/...../.....

Bestanden in den ersten 7 Lebenstagen irgendwelche
Auffälligkeiten beim Kind?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

.....
.....

Frühkindliche Entwicklung, Kleinkindalter und Kindergartenzeit

Freies Laufen mit..... Monaten

Erste Worte mit Monaten, Zweiwortsätze mit
Monaten

Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen: tagsüber mit.....
Jahren, nachts mit Jahren

Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter (bis
zum 3. Lebensjahr):

.....

.....

.....

.....

Verhalten/ Auffälligkeiten im Kindergarten:

.....

.....

.....

.....

Schulzeit

Einschulung im Alter von Jahren

Von bis Schulart:
/Ort:

Von bis Schulart:
/Ort:

Von bis Schulart:
/Ort:

Wurde eine Klasse wiederholt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche und warum:

.....

.....

.....

Gibt es von den Lehrern berichtete Auffälligkeiten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

.....

.....

.....

.....

Wie würden Sie die Kontakte Ihres Kindes zu anderen Kindern beschreiben?

.....

.....

.....

.....

Körperliche Entwicklung

Kinderkrankheiten:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Schwerwiegende oder chronische Erkrankungen: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

.....

.....

Krankenhausaufenthalte? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann/ weshalb:

.....

.....

.....

.....

Hat/Hatte Ihr Kind Allergien? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

.....

.....

.....

Vorbehandlungen

(Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapie, Ergotherapie etc.):

Zeitraum, Name:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Medikamente

Nimmt/Nahm Ihr Kind regelmäßig Medikamente: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche (Name und Dosierung):

.....

.....

.....

Gab es in der Entwicklung des Kindes belastende Lebensereignisse?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Liegen Erkrankungen in der Familie vor (auch seelische)?

.....

.....
.....
.....
.....

Was macht Ihr Kind in der Freizeit und wie oft?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Welche Freundschaften und Beziehungen gibt es?

.....
.....
.....
.....

Weitere relevante Themen/ Informationen;

Herzlichen Dank!